

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

1265
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Papa Massal DIOP

Né le 21 Novembre 1931, à Saint-Louis (Sénégal)

Présentée et soutenue publiquement le 20 décembre 1963

**A PROPOS D'UN CAS DE FORME EXTRA-RECTALE
DE RECTO-COLITE HÉMORRAGIQUE**

(INTERET DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE)

Président : M. Ch. DEBRAY, Professeur

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1963

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : DIOP

Prénoms : PAPA MASSAL

Date de soutenance : 20 décembre 1963

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

DIOP (PAPA MASSAL) — A propos d'un cas de forme extra-rectale de recto-colite hémorragique. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1963, in-8°, 38 p., 3 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).

DIOP (PAPA MASSAL) — A propos d'un cas de forme extra-rectale de recto-colite hémorragique. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1963, in-8°, 38 p., 3 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).

DIOP (PAPA MASSAL) — A propos d'un cas de forme extra-rectale de recto-colite hémorragique. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1963, in-8°, 38 p., 3 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).

DIOP (PAPA MASSAL) — A propos d'un cas de forme extra-rectale de recto-colite hémorragique. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1963, in-8°, 38 p., 3 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546325_0038

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1963

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Papa Massal DIOP

Né le 21 Novembre 1931, à Saint-Louis (Sénégal)

Présentée et soutenue publiquement le 20 décembre 1963

**A PROPOS D'UN CAS DE FORME EXTRA-RECTALE
DE RECTO-COLITE HEMORRAGIQUE**

(INTERET DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE)

Président : M. Ch. DEBRAY, Professeur



IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1963

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BÉNARD (H.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), DEBRÉ (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDART-D'ALLAINES (F. DE), GENNES (L. DE), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LÉVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), MOUQUIN (M.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIÉDELIEVRE (R.), QUÉNU (J.), RICHET (C.), SENÈQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN : Gaston CORDIER,

1^{er} ASSESSEUR : Daniel BARGETON — 2^e ASSESSEUR : Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique . .	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appl. à l'Education physique et aux sports . .	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAIVERT (R.)
Biophysique médicale . . .	BUGNARD (L.)
	DOGNON (A.)
	DJOURNO (A.)
Cancérologie méd. et soc.	BERNARD (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et méd. préven. . .	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)

	MM.
Microbiologie (Bactériol. et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale . .	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathol. expér. et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire . .	TURIAF (J.)
Pathol. et thérap. générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
	PARROT (J.)
Physiol. et pathol. obstét.	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale .	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée .	LAMOTTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.)
	OLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)

Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)
	GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2^o CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

Cliniques :

— carcinologique chirurg. (Necker)	REDON (H.)
— cardiol. (Broussais) . . .	SOULIÉ (P.)
— chirurgicales : <i>Beaujon</i> : LORTAT-JACOB (J.-L.); - <i>Cochin</i> : LEGER (L.); - <i>Hôtel-Dieu</i> : PATEL (J.); - <i>Pitié</i> : CORDIER (G.); - <i>Saint-Antoine</i> : GOSSET (J.); - <i>Salpêtrière</i> : SICARD (A.); - <i>Tenon</i> : OLIVIER (Cl.).	
— chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin) . . .	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
— chirurgie cardio-vascul. (Broussais)	DUBOST (Ch.)
— chirurg. pleuro-pulmon. (Laënnec)	MATHEY (J.)
— endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)

Cliniques :

— Génétique médicale (En- fants-Malades)	LAMY (M.)
— gynécologique (Broca) . .	HUGUIER (J.)
— maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis) . .	DEGOS (R.)
— maladies des Enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
— maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
— maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne) . .	DELAY (J.)
— malad. metab. (Necker)	HAMBURGER (J.)
— maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
— maladies du système nerveux (Salpêtrière) . .	CASTAIGNE (P.)

Cliniques :	MM.	Cliniques :	MM.
médicales : Broussais : MILLIEZ (P.), LENÈGRE (J.); - Cochin : BROUET (G.); - Hôtel-Dieu : BARIÉTY (M.); - Lariboisière : SÈZE (S. DE); - Pitié : DREYFUS (G.); - Saint-Antoine : KOURILSKY (R.), BOUDIN (G.).		- pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul) N...	
d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ..	DEBRAY (Ch.)	- pneumo-phthisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)	- neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) . . .	MICHAUX (L.)
médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)	- rhumatologie médicale et sociale (Cochin) ..	COSTE (F.)
médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)	- stomato. (Salpêtrière) .	DECHAUME (M.)
neuro-chirurgie (Pitié) .	DAVID (M.)	- thérapeutique chirurg. (Vaugirard)	ROUX (M.)
neurolog. (Salpêtrière) .	GARCIN (R.)	- thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
obstétricales : Baudelocque : LACOMME (M.); - Foch (Suresnes) : MERGER (R.).		- toxicologique	GAULTIER (M.)
obstétricale et gynécol. (Port-Royal)	VARANGOT (J.)	- urologique (Cochin) .	ABOULKER (P.)
ophtalmol. (Hôtel-Dieu) .	RENARD (G.)	- chirurg. orthopédique et traumatologique . .	PADOVANI (P.)
» (Cochin)	OFFRET (G.)	Séméiologie médicale . .	DOMART (A.)
oto-rhino-laryngologie (Lariboisière)	AUBRY (M.)	Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
		Séméiologie traumatique et orthopédique	JUDET (R.)
		Clinique urolog. (Necker)	COUVELAIRE (R.)
		Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance (Trousseau)	N...

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)	Médecine : AZERAD (E.); BOUR (H.); LAMBLING (A.); LHERMITTE (F.); PEQUIGNOT (H.); PERRAULT (M.); SIGUIER (F.); WORMS (R.).
Maladies infectieuses . .	BASTIN (R.)	Rhumatologie DELBARRE (F.)
Oto-Rhino-Laryngologie . .	MADURO (R.)	
Pneumo-Phtisiologie . . .	KREIS (B.)	

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie : MM. CABROL (C.); COUINAUD (C.); GILLOT (C.); HUREAU (J.).	Hématologie : MM. BESSIS (M.); BILSKI-PASQUIER (G.); DAUSSET (J.); DUHAMEL (G.).
Anatomie pathologique : Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.) <i>pr. s. ch.</i> MM. ABELANET (R.); CHOMETTE (G.); GOUYGOU (Ch.) <i>pr. s. ch.</i> ; NEZELOFF (Ch.); ORCEL (L.); PAILLAS (J.).	Histologie : MM. COUJARD (R.) <i>p. s. ch.</i> ; DA LAGE; MAROIS (M.); RACADOT (J.); SCHRAMM (B.).
Anesthésiologie : Mme DU BOUCHET; MM. KERN (E.); VOURC'H (G.).	Hydrologie : MM. BESANÇON (F.); CORNET (A.).
Bactériologie : MM. BARBIER (P.); <i>pr. s. ch.</i> ; CHRISTOL (D.); DAGUET (G.); LE MINOR (L.); TOURNIER (P.).	Hygiène : MM. BLANCHER (G.); CORRE-HURST (Mme L.); ROUSSEL (A.); SAPIN-JALOUSTRE (H.).
Biochimie médicale : MM. BAULIEU (Et.) <i>m. conf.</i> ; BOURILLON (R.); CARTIER (P.) <i>pr. s. ch.</i> ; CORNILLON (P.); DREYFUS (J.-Cl.); GONNARD (P.); JÉRÔME (H.); KRUH (J.); LEGRAND (J.-Cl.); NORDMANN (J.).	Maladies infectieuses : MM. DUPONT (V.); LISSAC (J.); RAPIN (M.).
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports : M. PLAS (F.).	Maladies métaboliques : MM. ANTOINE (B.); CROSNIER (J.); RICHET (G.); SEBAOUN (J.).
Biologie médicale : MM. BENHAMOU (J.-P.); BOIVIN (P.); HARTMANN (L.) <i>pr. s. ch.</i>	Médecine légale : MM. BOURGUIGNON (A.); FOURNIER (E.); GUENIOT (M.); HADENGUE (A.).
Carcinologie : MM. BOIRON (M.); DENOIX (P.); MATHÉ (G.); SELIGMANN (M.).	Médecine du Travail : M. ALBAHARY (C.).
Cardiologie : M. HATT (P.-Y.).	Neuro-chirurgie : M. PERTUISSET (B.).
Dermato-Syphiligraphie : MM. CIVATTE (J.); DUPERRAT (B.); HEWITT (J.); TOURAINE (R.).	Neuro-Psychiatrie : MM. CAMBIER (J.); CATHALA (H.); ESCOUROLLE (R.); GAUTIER (J.-Cl.); LAPRESLE (J.); LEREBoullet (J.); PICHOT (P.); TARDIEU (G.).
Electro-Radiologie : MM. HEITZ (F.) <i>m. conf.</i> ; LEDOUX-LEBARD (G.).	Obstétrique : MM. GRANJON (A.); HERVET (E.); LE LORIER (G.); LÉVY (J.); LEWIN (D.); MUSSET (R.); ROBEY (M.); SENEZE (J.); SUREAU (C.); TCHOBROUTSKY (M ^{me} C.); THOYER-ROZAT (J.).
Embryologie : M. ROUX (Ch.).	Ophthalmologie : M ^{mes} AUVERT (B.); FONTAINE (M.); MM. BRÉGEAT (P.); DUBOIS (A.); SARAUX (H.).
	Orthopédie : MM. DUPARC (J.); MAURER (P.); MEARY (R.); POSTEL (M.); RAMADIER (J.).
	Oto-Rhino-Laryngologie : MM. DEBAIN (J.); PIALOUX (P.); SERGENT (H.).

Parasitologie : MM. GOLVAN (Y.); HO THI SANG (Mlle); LAPIERRE (J.)

Pathologie chirurgicale : MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.); BLONDEAU (Ph.); CERBONNET (G.); CHATELIN (C.-L.); DAUTRY (P.); DEMIRLEAU; DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU (F.); GALEY (J.-J.); GARBAY (M.); GARNIER (H.); GAUDART-D'ALLAINES (Cl. de); GERMAIN (A.); LATASTE (J.); LOYGUE (J.); MAILLARD (J.-N.); MERCADIER (M.); NATALI (J.); PELLERIN (D.); PERROTIN (J.); PRÉ-MONT (M.); ROBERT (H.); THOMERET (G.); VAYSSE (J.).

Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.)

Pathologie expérimentale : MM. BERTHAUD (P.); COTTENOT (Fr.); LÉPER (J.), *pr. s. ch.*; MAURICE (J.); MIKOL (Cl.); PAUPE (J.-R.)

Pathologie médicale : MM. ACAR (J.); AUQUIER (L.); AUSSANNAIRE (M.); BEAUMONT (J.-L.); BERNIER (J.-J.); BOUVIER (J.); BOUVRAIN (Y.); BRISSAUD (H.); BROCARD (H.); BUGE (A.); CANIVET (J.); CARLOTTI (J.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.); CLOAREC (M.); COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COURY (C.); DEBRAY (J.); ÉTIENNE (J.-P.); FREZAL (J.); FRITEL (D.); FUNCK-BRENTANO (J.-L.); GRIVAUX (M.); HAZARD (J.); HENNEQUET (A.); HIMBERT (J.); HOUSSET (E.); LAGRUE (G.); LESOBRE (R.); LEVEQUE (B.); MACREZ (C.); MOREAU (L.); NENNA (A.); NICK (J.); POULET (J.); ROYER (P.); TCHERDAKOFF (Ph.); THIBAUT (Ph.); TOURNEUR (R.); VILLIAUMEY (J.); WOLFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture : MM. ALAGILLE (D.); ALISON (J.); CANLORBE (P.); GORIN (R.); LAFOURCADE (J.); LEPERQ (G.); LESTRADET (H.); MALLET (R.); MANDE (R.); MINKOWSKY (A.); MOZZICONACCI (P.); POLONOVSKI (C.); REY (J.); RIBIERRE (M.); ROSSIER (A.); VIALATTE (J.);

Pharmacologie : MM. BOISSIER (J.); LECHAT (P.).

Physiologie : MM. BARRES (G.); DURAND (J.); GIRARD (Fr.), *m. conf.*; HUGELIN (A.); LAURENT (D.); SCHERRER (J.), *pr. s. ch.*; VASSEUR (B.);

Physique médicale : MM. CHANTEUR (J.); COURSA-GET (J.); GREMY (F.), *m. conf.*; MILHAUD (G.); PAGÈS (J.-Cl.); PELLERIN (P.); ROUCAYROL (J.-C.), *pr. s. ch.*; TUBIANA (M.), *m. conf.*

Pneumo-phthisiologie : MM. DECROIX (G.); ISRAEL (L.); MEYER (A.); RENAULT (P.); SORS (Ch.).

Psychiatrie infantile : MM. DENIKER (P.); DUCHE (D.); FLAVIGNY (H.).

Radiologie médicale : MM. DUBOST (J.); LEFEBVRE (J.); MICHEL (J.-R.).

Rhumatologie : M. MASSIAS (P.).

Stomatologie : MM. CAUHEPE (J.); CERNEA (P.); CHAPUT (Mme A.), *m. c. agr.*; CREPY (Cl.); FLEURY (R.); GRELLET (M.).

Thérapeutique : MM. CHASSAGNE (P.); FOUET (P.); LABET (R.); MARCHE (J.).

Urologie : MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.); QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale : M. VERNE (J.-M.).

Clin. médic. : MM. RAMBERT (P.); THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale : MM. GRASSET (J.); MAYER (M.); MORIN (P.).

Clinique ophtalmologique : M. DESVIGNES (P.).

Clinique pédiatrique et puéri. : M. LAPLANE (R.).

Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie : M. HAUDUROY (P.), *pr. s. ch.*

Pathologie chirurgicale : M. RUDLER (J.), *pr. s. ch.*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté : M. LENA (J.)
Conseiller administratif : Mlle CHAINTREUIL (G.).
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs : Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.).

Bibliothécaires : Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.); Docteur SCHILLER (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

Dont les encouragements, le dévouement et les sacrifices ont été pour moi un soutien matériel et moral inestimable.

Leurs qualités d'esprit et de cœur resteront pour leur fils le plus grand des exemples.

Je les remercie vivement de tout mon cœur.

A MES SŒURS ET A MES FRÈRES
ET PARTICULIÈREMENT A CELUI QUE LA MORT
A PRÉMATURÉMENT ARRACHÉ A NOTRE AFFECTION

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. DEBRAY

Professeur de Clinique Médicale d'Hydrologie Thérapeutique
et Climatologie (Bichat)

Chevalier de la Légion d'Honneur (Santé Publique)

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUY ALBOT

Professeur au Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris

*Qui nous a donné le sujet de cette
thèse et en a assuré tout le travail histo-
logique.*

Avec toute notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOISSON

Médecin-Assistant des Hôpitaux de Paris

*Qui nous a aidé et guidé dans ce
travail.*

Avec tous nos remerciements.

A MARIANNE ET MARIE DIOP

Faible témoignage de toute mon immense affection.

A TOUS MES AMIS ET COUSINS

INTRODUCTION

J. RACHET et R. BENSAUDE ont défini la recto-colite hémorragique comme une « maladie au long cours atteignant le côlon en partie ou en totalité, prédominant à sa surface et pratiquement toujours à sa terminaison, évoluant par poussées successives entrecoupées de rémissions et caractérisée au moment de ces poussées par un syndrome muco-hémorragique. Cette affection dont les causes, probablement multiples mais encore inconnues, interviennent sur un terrain prédisposé, est une entité anatomo-pathologique nettement définie par des lésions histologiques spéciales ». Mais dans le cadre nosologique de la recto-colite hémorragique, entrent des formes qui débordent les limites précisées par cette définition. C'est le cas notamment :

1° Des recto-colites hémorragiques débordant la valvule de Bauhin et atteignant l'intestin grêle, qui ont été particulièrement étudiées par GOUGIS dans sa thèse, et par LAMBLING et collaborateurs.

2° Des formes sans atteinte rectale : c'est dans le cadre de cette dernière variété que nous voulons rapporter une observation.

HISTORIQUE

Le problème des atteintes coliques sans lésion rectale a fait l'objet depuis plusieurs années de nombreuses études à l'étranger et surtout dans les pays anglo-saxons (Amérique du Nord notamment). Par contre, les publications concernant de pareils cas sont rares en Europe occidentale et particulièrement en France.

C'est au début du siècle que sont apparues les premières publications dans la littérature.

— *En effet, en 1907*, MOYNIHAN avait décrit des lésions inflammatoires non spécifiques du côlon et qui simulaient des lésions malignes. Il décrivit ce processus pathologique comme une colite inflammatoire chronique.

— *En 1913*, DALZIEL décrivit 4 cas identiques sous le nom « d'entérite interstitielle chronique ». Dans un de ces cas, les lésions étaient localisées à l'angle du sigmoïde et, dans un autre, au niveau du sigmoïde même.

— *En 1914*, LAWEN décrivit des lésions inflammatoires du côlon localisées au cæcum et au côlon ascendant.

— TRETZE, *en 1920*, publia des cas identiques de lésions du côlon sans atteinte rectale.

— *En 1923*, MOSCHCOWITZ et WILENSKY publièrent 4 cas d'atteinte non spécifique du côlon et, dans 3 des cas, les lésions siégeaient sur les segments du côlon sans atteinte du rectum et du recto-sigmoïde.

— *En 1930*, BARGEN et WEBER rapportèrent 23 cas de colite hémorragique dans lesquels la recto-sigmoïdoscopie ne mettait en évidence aucune atteinte rectale ou sigmoïdienne et dans lesquels les atteintes coliques étaient mises en évidence par l'examen radiologique.

— *Entre 1931 et 1937*, un certain nombre de cas de lésions ulcéreuses localisées à divers segments coliques furent publiés dans la littérature américaine sous des appellations différentes : « colite ulcéreuse chronique régionale », « colite ulcéreuse chronique » et « colite régionale ».

— *En 1938*, CROHN et BERG publièrent 17 cas d'atteinte colique identiques à ceux publiés par BARGEN.

— *En 1945*, BARBOSA, BARGEN et DIXON publièrent une étude de 140 cas de colite respectant le rectum et le sigmoïde.

— *En 1947*, CROHN et ses collaborateurs rapportèrent 77 cas identiques.

— *En 1954*, BARGEN, NEWMAN et HEROLD rapportent 201 cas de colites segmentaires droites observés à la Mayo Clinic.

— *Récemment, en France*, FLORENT et GOUYGOU ont publié le cas d'une colite ulcéreuse diffuse respectant le rectum et le sigmoïde et associée à une maladie de Crohn.

— *En 1962*, BRASSINNE et RUYTERS, de l'Université de Liège, dans leur étude de 70 observations de recto-colite hémorragique, signalent 4 cas de recto-colite hémorragique sans atteinte rectale, dont :

— 2 cas avec atteinte de tout le côlon sans lésion rectale;

— et 2 cas de lésions parcellaires du côlon sans atteinte rectale. Dans un de ces derniers cas, les lésions étaient localisées au cæcum et au côlon transverse, et dans l'autre au niveau du côlon ascendant, du côlon descendant et du sigmoïde.

Cet aperçu des cas publiés dans la littérature médicale fait apparaître une différence de fréquence importante entre les publications anglo-saxonnes et de langue française. Ce contraste tient à plusieurs raisons :

- 1° La différence de fréquence et de gravité de la maladie entre l'Amérique et l'Europe.
 - 2° Mais aussi le fait que dans les travaux américains cités, tous les cas inclus ne relèvent probablement pas uniquement de la recto-colite muco-hémorragique telle que nous l'avons limitée selon la définition de RACHET et BENSAUDE.
-

OBSERVATION

Madame Cou..., née en 1911, entre pour la première fois dans le Service du Docteur ALBOT, à l'Hôtel-Dieu, en septembre 1953.

L'étude de ses antécédents ne révélait qu'une pleurésie en 1942 et la survenue de la ménopause en 1953.

Le début de sa maladie remontait au mois de juin 1953, marqué par des :

— *Coliques abdominales* siégeant dans la fosse iliaque droite, sans horaire précis, durant cinq à trente minutes et calmées par l'émission de selles diarrhéiques (trois à quatre par jour), hétérogènes et accompagnées de glaires, d'odeur plus ou moins nauséabonde.

— Une *anorexie*.

— Une *asthénie* et un *fébricule* à 37°5.

— Un *amaigrissement progressif*.

Mais sans syndrome rectal.

Au cours de l'année 1953, la malade a eu deux épisodes de rectorragies. Ces rectorragies étaient précédées pendant quelques jours par une douleur en barre de siège hypogastrique et dans les minutes précédant l'hémorragie, des coliques cédant après l'émission sanglante.

Au début, ces émissions sanglantes étaient :

— *abondantes*, entraînant vertige et même syncope;

— de sang rouge, isolé, sans selles, puis mêlées aux selles, enfin se terminant par un *mekena*.

Un traitement ambulatoire à basé de bismuth et rufol n'entraîna aucune amélioration. La malade fit alors un séjour à l'Hôpital Beaujon, dans le Service du Docteur AZERAD, d'où il sortit le 31 juillet 1953.

A son entrée dans le *Service du Docteur ALBOT*, les douleurs étaient plus marquées, les crises plus fréquentes. L'état général était atteint, la malade ayant perdu 13 à 14 kg.

Parmi les examens pratiqués :

— *La rectoscopie* jusqu'à 16 cm est normale. Il est impossible d'aller plus loin, à cause de la douleur.

— *Le lavement baryté* du 5 septembre 1953, par contre, montre l'existence de lésions assez localisées siégeant sur le côlon droit et la partie droite du transverse. Ces lésions semblent respecter le bas-fond cæcal et s'arrêter à l'autre extrémité, au-devant de la colonne. Elles sont caractérisées par une perte des haustrations avec peut-être une légère diminution de calibre dans la région atteinte et surtout un aspect marécageux de face avec flou des bords qui sont dentelés, crénelés.

— *Le transit du grêle* du 14 septembre 1953 est normal.

• *Le 14 octobre 1953 :*

La malade sort. Un deuxième lavement baryté, pratiqué le 1^{er} octobre, montre toujours des lésions localisées à l'angle droit avec aspect marécageux qui a fait évoquer alors le diagnostic de *polypose droite*.

• *Le 26 novembre 1953 :*

La malade est revue à la consultation du Docteur ALBOT. Son état général est amélioré. On note une prise de poids de 10 kg. Quant aux selles, elles sont moulées, sans sang et sans glaire. Cependant, la malade signale des douleurs discrètes au niveau de la fosse iliaque droite.

• *Le 10 décembre 1953 :*

Un nouveau contrôle radiologique du côlon est pratiqué.

Les lésions semblent améliorées; toutefois, l'aspect marécageux persiste toujours, localisé à l'angle droit.

• *Entre décembre 1953 et mars 1962 :*

La malade ne présente qu'un court épisode (quatre à cinq jours) de rectorragie en 1955.

L'état général est bon. Le poids reste environ à 47 kg pour une taille de 1,55 m. Quant aux selles, elles sont normales avec parfois une légère tendance diarrhéique (influence peut-être du ragoût de mouton et des haricots que la malade affectionne particulièrement).

• *Le 30 mars 1962 :*

La malade est hospitalisée dans le Service du Professeur HUGUIER, à Beaujon, pour *réapparition brutale de rectorragies* de sang rouge vif avec quelques caillots et matières, précédées de violentes douleurs de la région hypogastrique et de la fosse iliaque droite à type de coliques, durant une à dix minutes. Ces douleurs, au moment où elles atteignent leur acmé, s'accompagnent d'une sensation d'éclatement, de bouillonnement en pleine fosse iliaque droite.

Cette acmé est rapidement suivie de l'émission de sang rouge, calmant les douleurs. Cette accalmie durait de trois à quatre heures et il y avait quatre à cinq épisodes douloureux dans la journée. Entre les coliques, on notait l'existence de brûlures abdominales, diffuses, calmées par le bismuth. Durant le séjour à l'hôpital, les hémorragies régressent, mais sans cependant disparaître.

La rectoscopie, pratiquée au cours de cette hospitalisation, est identique aux précédentes :

« Normale jusqu'à 15 cm. Impossibilité de progresser plus haut à cause de la douleur. La muqueuse est pâle. A signaler des hémorroïdes assez importantes au niveau du canal anal. »

• *Le 2 avril :*

Un lavement baryté est pratiqué qui montre assez peu de choses par rapport aux examens antérieurs. La seule anomalie dans la région de l'angle droit. De plus, en évacuation, toujours sur cette série, le plissement est plus grossier qu'habituellement.

• *Le 11 avril :*

Le malade sort, avec pour traitement :

- docémine;
- et vitamines.

• *Le 25 mai :*

Le lavement baryté de contrôle :

« Il existe à nouveau des lésions marécageuses toujours situées dans la région de l'angle droit jusqu'au niveau de la colonne. Le reste du côlon apparaît grossièrement normal. »

Mais devant la persistance des douleurs, la malade retourne à l'Hôpital Beaujon où elle est encore hospitalisée dans le même Service (Professeur HUGUIER).

Une *laparotomie exploratrice* est alors « pratiquée pour suspicion de lésion colique au niveau de l'angle droit » (Docteurs SCALI, M. CRAUSSE).

« Masse inflammatoire de la région iléo-pelvienne droite, centrée par l'appendice très tuméfié entouré d'une collection suppurée. Il est alors pratiquée une appendicectomie avec excision d'une collerette cæcale. »

— *Le côlon* : aspect inflammatoire dans son ensemble. En certains endroits, petites zones pariétales indurées, particulièrement au niveau du transverse.

— Quelques adénopathies dans le mésocôlon.

— *Le grêle*, entièrement déroulé, apparaît normal.

— *Le mésentère* est le siège de sortes de nodules pas très durs évoquant un processus pathologique intéressant la graisse mésentérique (stéatonecrose ?).

Dans les suites opératoires, on note l'apparition de *fistules stercorales* : fistules périnéales.

• *Le 8 juillet* :

La malade est de nouveau hospitalisée à l'Hôtel-Dieu, dans le Service du Docteur ALBOT, car depuis l'intervention chirurgicale :

— Son état général est mauvais. Elle est *amaigrie, cachectique* et présente une *diarrhée non sanglante* entraînant une déshydratation assez importante.

A l'examen, on note au niveau de l'abdomen :

a) La *persistance de deux plaies* non cicatrisées laissant échapper des sérosités :

- une médiane non fermée en haut et en bas;
- une dans la fosse iliaque droite.

b) Et des *fistules stercorales* avec perte de matières.

Le reste de l'examen clinique est normal, mise à part une tension artérielle basse à 9-7.

Les examens biologiques montraient, par contre :

— Urée	0,20 g/l	— G.R.	4.640.000
— R.A.	32 volumes	— G.B.	12.000
— Cl	104,5 mEq	Poly. neutro.	74
— Na	137 mEq	Poly. éosino.	3
— K	3,6 mEq	Petits lympho.	25
		Grands lympho.	18
		Monocytes	5

- Glycémie à 0,90 g/l
- Taux de prothrombine à 74 %
- Hématocrite à 46 %

En plus, des examens coprologiques furent demandés avec antibiogramme. Et la malade est mise à la pyostacine.

Devant l'aggravation de l'état général, la persistance de la diarrhée et de la déshydratation, une réanimation chirurgicale est demandée.

Le diagnostic envisagé alors est :

« Diarrhée et images radiologiques d'entéro-colite diffuse, consécutives à une intervention complexe sur la région appendiculaire.

« Interprétation difficile : ou bien appendicite subaiguë ancienne, négligée, compliquée d'entéro-colite à staphylocoques, ou plutôt recto-colite hémorragique surinfectée, segmentaire et compliquée d'appendicite.

« L'apparition récente d'une anomalie radiologique du transverse gauche permettant de discuter l'apparition d'une lésion mitotique surajoutée. »

La malade est alors transférée dans le Service de chirurgie (Professeur PATEL). Dans ce Service, la pyostacine est toujours maintenue et la réanimation alternée instituée.

Premier jour :

- sérum glucosé hypertonique à 10 % ;
- plus électrolytes et vitamines.

Et deuxième jour :

- 1 litre de sang.

Avec en plus un régime suralimenté.

• *Le 23 juillet :*

Les résultats de la coproculture effectuée au laboratoire du Docteur SCHLUMBERGER montrent :

- Présence de nombreux *Escherichia coli*.
- Nombreux *Proteus hauseri*.
- *Alcaligenes faecalis*.
- Absence de staphylocoque doré virant la mannite.

La malade ayant suivi régulièrement sa réanimation alternée (sérum, sang), le sérum est arrêté et le sang est donné tous les deux jours.

En plus, l'apparition d'éléments érythémateux sur tout le corps, accompagnés de prurit, cèdent sous multergan.

On note alors une amélioration de l'état général de la malade qui reprend du poids. Ses plaies sont cicatrisées, sa fistule coule de moins en moins.

La sortie est alors accordée le 29 juillet, du fait de cette amélioration, pour partir en maison de convalescence.

• *Le 13 août :*

La malade revient encore dans le Service car, le 10 août, elle a noté l'apparition brutale de *coliques abdominales* siégeant dans la région sus-pubienne et dans la fosse iliaque droite, survenant sans horaire précis, durant de cinq minutes à une demi-heure et calmées par l'émission de selles :

- *diarrhéiques* hétérogènes avec des glaires, sans sang;
- d'odeur nauséabonde.

Ces coliques s'accompagnaient d'une pyrexie à 38°-39°.

• *Le 22 août :*

Succédant à cette diarrhée, des rectorragies assez abondantes de sang rouge avec caillots.

A l'examen, l'état général de la malade était bien conservé. Son poids avait augmenté de 5 kg. Son appétit était bien conservé. Cependant, sa tension artérielle était toujours basse à 9-5,5 et son pouls rapide à 108.

L'abdomen était souple. La fosse iliaque droit était douloureuse spontanément et à la palpation, et on notait une légère suppuration au niveau de la cicatrice d'appendicectomie.

La palpation des aires ganglionnaires montrait de nombreux ganglions inguinaux indolores à gauche, sensibles du côté droit. Ces ganglions étaient de la taille d'un grain de café à celle d'une noisette pour le plus volumineux.

Un traitement est alors prescrit :

- Adrénoxyl — K-Thrombyl;
- Gélotanin — Bactisubtil;
- Sulazopyrine et ClK;
- et quelques transfusions.

• *Le 29 août :*

Sous l'influence du traitement, la malade est apyrexique avec disparition complète des rectorragies et du caractère diarrhéique des selles.

Les selles sont moulées, normales, au nombre de deux par jour. En plus le poids a augmenté de 1,500 kg durant les dix derniers jours.

Le bilan biologique montrait alors :

— G.R.	4.170.000
— G.B.	7.800
— V.S.	14/38

L'ionogramme :

— Cl 103 mEq
— Na 141 mEq
— K 3,5 mEq
— R.A. 36 volumes

Les *protides totaux* sont à 70 g/l avec baisse des α_2 et des γ -globulines.

La coproculture montre :

- de nombreux colibacilles;
- staphylocoque doré sensible à la streptomycine et à la cathomycine. Ce dernier antibiotique ayant été alors prescrit.

• *En août 1962 :*

Lavement baryté : les lésions radiologiques se sont considérablement aggravées, puisqu'elles s'étendent jusqu'à environ la partie moyenne du côlon gauche. Outre un aspect marécageux dans toute cette région, il existe dans la partie gauche du transverse une zone rétrécie de 5 cm de long présentant au niveau du bord supérieur deux images de niche. Dans cette région, et sous compression, le plissement apparaît anarchique.

• *Le 3 septembre 1962 :*

Installation d'une gonalgie droite avec gonflement hydarthrosique. Les radiographies pratiquées ne montrent aucune lésion.

• *Le 11 septembre :*

Devant l'amélioration du syndrome fonctionnel et la persistance du relatif bon état général, la malade sort.

• *Le 20 septembre :*

Un dernier lavement baryté montre une amélioration des images par rapport à la série précédente. Toutefois, l'aspect marécageux d'ensemble persiste, bien qu'atténué, et il existe toujours dans la partie gauche du transverse une zone rétrécie avec image d'addition donnant l'impression d'une niche dans une lacune en arc.

• *Le 8 octobre :*

Elle revient à l'hôpital, dans le Service du Professeur PATEL pour *coliques abdominales et rectorragies*.

L'état général s'est détérioré. La malade a maigri et est très fatiguée.

Le bilan biologique montre alors :

— Urée	0,25 g/l	— G.R.	3.660.000
— R.A.	44 vol. (20 mEq)	— G.B.	5.100
— Cl	3,66 g (103 mEq)	Poly. neutro.	55
— Na	3,20 g (139 mEq)	Poly. éosino.	7
— K	3,8 mEq	Petits lympho. ..	25
— Glycémie ...	0,90 g/l	Grands lympho. ..	36
— Hématocrite .	37 %	Monocytes	2

Le rectoscopie est pratiquée dans le service du Docteur ALBOT.

• *Le 9 octobre 1962 :*

« La rectoscopie est acceptée par la malade sans anesthésie. Le tube monte jusqu'à 18 cm de la marge. On n'insiste pas pour pousser plus loin. Jusqu'à cette hauteur, on ne voit pas d'aspect pathologique. La muqueuse est hyper-grimaçante, s'évagine et est légèrement congestive sans plus. Pas de rosée sanglante. Pas d'aspect de recto-colite ulcéro-hémorragique ni ampullaire ni sigmoïdienne basse.

• *Le 16 octobre :*

La malade subit une colectomie quasi totale par le Docteur CORMIER.

« Reprise de l'ancienne incision au niveau de la cicatrice. Il existe un magma d'anses qui est collé sur un abcès développé au contact de la trompe droite qui est le siège d'une salpingite. La paroi de l'abcès étant par ailleurs formée par le haut-rectum. Libération des anses grêles, suture de la musculature rectale dans la région de l'abcès. Il existe une perforation punctiforme communiquant avec l'extérieur. Le grêle est normal, hormis là où il collait dans le petit bassin. On pratique un décollement colo-épiloïque et de l'angle gauche. Le côlon est dépoli sur toute l'étendue du transverse et de l'ascendant. La paroi est un peu épaissie et vineuse. On hésite à faire une colectomie totale et on pratique une colotomie sur le transverse. On note alors un aspect polypôïde de la muqueuse. Dans ces conditions, on décide de faire une colectomie quasi totale partant près de la jonction recto-sigmoïdienne. On s'assure qu'à ce niveau la muqueuse est saine.

« Anastomose iléo-sigmoïdienne termino-terminale en un plan. Péritonisation. Une lame dans chacun des flancs. On a terminé l'intervention par une annexotomie bilatérale. »

La malade reçoit alors :

- du sang, sérum bicarbonaté;
- du sérum glucosé;
- ClNa , ClK , Cl_2Ca .

• *Du 19 au 20 octobre :*

On note la reprise du transit, mais le 20, apparition d'une *importante diarrhée* de 2 à 3 litres.

Le bilan biologique pratiqué d'urgence montre :

— Cl	130 mEq
— Na	139 mEq
— K	3,6 mEq
— R.A.	40 volumes (18 mEq)

Cette diarrhée s'accompagnait de :

- douleurs au niveau du creux épigastrique;
- d'urines très foncées.

Mais la température était à $37^{\circ}8$ et la tension artérielle à 8,5-5. Une fistule au niveau de la grande lèvre laisse passer un liquide jaunâtre plus des matières liquides.

Un examen des selles et des urines est en plus demandé.

• *Le 23 octobre :*

On note l'apparition brutale de malaise, *frissons* et de *sueurs* avec des douleurs abdominales diffuses. La température est à $40^{\circ}4$.

Deux hémocultures sont alors pratiquées :

Les *résultats des examens biologiques* montrèrent alors :

a) SELLES : pas de pus. Très nombreux bacilles Gram —.

— *Identification* : bacille pyocyanique.

— *Antibiogramme* : sensibilité limite à la colimycine. Les germe résistant à tous les autres antibiotiques usuels.

b) URINES (culot) : urines foncées. Assez nombreuses cellules épithéliales. Assez nombreuses hématies. Quelques polynucléaires. Pas de germe visible au Gram. Culture négative.

c) Quant aux *deux hémocultures*, elles étaient toutes deux positives :
Bacille pyocyannique : sensible à la colimycine et à la néomycine.

Sous l'effet du traitement constitué par :

— 24 millions de colimycine;

— 24 millions de pénicilline;

— 150 mg d'héparine;

la température est revenue à 37°2, mais la malade est asthénique, amaigrrie, avec la langue très rouge.

• *Le 27 octobre :*

La malade est très asthénique avec des trémulations du menton, des cuisses, des jambes et des mouvements carphologiques.

La malade est alors montrée au Docteur CHRISTOL qui fit le diagnostic de méningo-encéphalite à pyocyaniques.

• *Le 29 octobre :*

C'est-à-dire le treizième jour après l'intervention, la malade décédait.







DISCUSSION

Cette observation montre la difficulté de diagnostic des formes extra-rectales de la recto-côlite muco-hémorragique.

En effet manque dans ces cas un des arguments diagnostiques majeurs : l'aspect endoscopique du rectum.

Nous allons essayer de réunir cependant les arguments qui ont permis de suspecter le diagnostic :

AU POINT DE VUE CLINIQUE

Il s'agissait en effet d'une affection ayant évolué pendant neuf ans par poussées successives, séparées par des périodes d'accalmie complète.

Ces poussées étaient caractérisées par une augmentation du nombre des évacuations avec apparition de sang dans ces dernières, et par une altération de l'état général.

Toutefois, certaines anomalies cliniques doivent être notées :

- l'importance des douleurs de siège hypogastrique au début, puis iliaque droite ;
- l'existence, à côté d'émissions hétérogènes assez caractéristiques de la maladie, de rectorragies absolument pures et brutales moins caractéristiques.

AU POINT DE VUE RADIOLOGIQUE

Il s'agit bien de lésions caractérisées par une disparition des haustrations, avec une diminution du calibre colique et aspect marécageux de face avec irrégularité des bords qui

sont crênelés, dentelés; ces derniers aspects pouvant correspondre à l'association d'ulcérations et de formations polypoides.

Ce qui est par contre tout à fait inhabituel, c'est le siège de ces lésions localisées à l'angle droit, avec respect du bas-fond cæcal et retour à un aspect normal à peu près au niveau de la colonne.

En 1962 : les lésions coliques se sont étendues jusqu'au côlon gauche, en respectant toujours le sigmoïde et le rectum, et sont apparues au niveau du côlon transverse des images atypiques avec rétrécissement de ce dernier et des images d'addition, le tout pouvant évoquer un processus ulcéro-végétant.

D'autre part, il faut considérer que les premiers aspects décrits peuvent aussi bien correspondre à une polypose colique droite qu'à une recto-colite ulcéreuse et polypôide.

Toutes ces atypies font qu'au total le diagnostic est resté hésitant tout au long de l'évolution. Une intervention a été décidée devant l'apparition, en 1962, d'un aspect un peu inquiétant et c'est finalement l'examen macroscopique de la pièce opératoire et l'*examen histologique* qui ont confirmé le diagnostic de colite hémorragique entrant dans le cadre défini par RACHET et BENSUADE.

COMPTE RENDU HISTOLOGIQUE

1) CÆCUM

La muqueuse est un peu hyperplasique et son chorion est infiltré de cellules inflammatoires, quelques fois polynucléées.

La sous-muqueuse est congestive et un peu œdémateuse.

2) ANGLE DROIT

La muqueuse est très atrophique et inflammatoire. En certains points, elle est réduite à quelques glandes à mucus, séparées par un chorion congestif et infiltrées de mononucléaires.

Les glandes ont une cavité anormalement dilatée, et quelques fois une forme irrégulière. En plusieurs points limités, cette atrophie de la muqueuse s'accroît encore, et celle-ci n'est plus représentée que par une petite couche de chorion et un épithélium de revêtement cylindro-cubique.

On peut voir également de véritables exulcérations dont le fond, tigré de mononucléaires et de polynucléaires, repose en pleine sous-muqueuse.

Il existe de nombreux îlots lymphoïdes situés soit à cheval sur la musculaire muqueuse, soit en pleine sous-muqueuse.

La musculaire muqueuse est en certains points conservée et même hypertrophique; en d'autres, au contraire, et notamment au niveau des exulcérations, elle a disparu.

La sous-muqueuse est considérablement remaniée, tantôt seulement œdémateuse et congestive, tantôt complètement infiltrée par un feutrage de mononucléaires.

La musculature elle-même est assez remaniée par des phénomènes œdémateux et scléreux, et sa couche externe est très atrophique et contient de très nombreux aspects d'hypergénèse nerveuse. En certains points, cette couche externe est complètement remplacée par du tissu fibreux.

3) COLON TRANSVERSE GAUCHE

L'aspect est assez semblable à celui de l'angle droit. On retrouve l'atrophie de la couche externe de la musculature, alors que la couche interne est assez bien conservée, et la sous-muqueuse est scléreuse, congestive, avec de gros vaisseaux contenant des polynucléaires et infiltrée de follicules lymphoïdes.

La muqueuse est dans l'ensemble atrophique; en certains points, elle l'est plus qu'ailleurs, sans cependant aller jusqu'à la forme d'exulcération, mais il est des endroits où la musculature muqueuse est interrompue, et les éléments de la muqueuse reposent directement sur la sous-muqueuse, ce qui évoque l'idée d'exulcérations cicatrisées.

En un point, on trouve un pseudo-polype dont l'élément constituant montre les mêmes aspects que la muqueuse voisine.

4) TRANSVERSE DROIT

La surface de la muqueuse dessine des vallonnisations qui ne sont pas dues à la formation des pseudo-polypes, mais à des épaissements de la sous-muqueuse alternant avec des zones plus atrophiques de la muqueuse qui vont même jusqu'à l'exulcération.

Au niveau des parties saillantes, la muqueuse, quoique très altérée, est peu épaisse et montre des couches encore reconnaissables avec quelques rares glandes, un chorion très congestif, œdémateux et infiltré de mononucléaires et de polynucléaires.

Elle repose sur une musculuse muqueuse un peu grêle mais continue, et la sous-muqueuse correspondante est considérable épaissie, creusée de cavités vasculaires angiomateuses et de lymphatiques dilatés.

Au niveau des dépressions, la muqueuse est réduite à une très mince couche de chorion avec une ou deux glandes, et une musculuse muqueuse dissociée, parfois même absente, la couche sous-muqueuse correspondante est scléreuse et peu épaissie.

La couche musculaire présente les mêmes modifications décrites ci-dessus, avec une couche externe très atrophique, parfois entièrement scléreuse.

Entre les deux se trouvent toujours des aspects d'hypergénèse nerveuse très importants.

5) TRANSVERSE DROIT (*deuxième coupe*)

Même disposition que pour le n° 4, c'est-à-dire des saillies pseudo-polypoïdes qui ne sont pas de vrais polypes ni des pseudo-polypes de Weichselmann, mais des protubérances pro-

voquées par des épaississements localisés dans la sous-muqueuse qui est scléreuse, congestive, œdémateuse et infiltrée de cellules inflammatoires.

Entre chacun de ces faux polypes, la muqueuse est conservée et présente les mêmes modifications d'atrophie déjà décrite; mais en un point, elle recouvre une dépression qui correspond à une interruption scléreuse des deux couches de la musculuse, réalisant tout à fait ce que l'on voit au niveau de l'estomac lorsqu'un ulcère a été cicatrisé. Ici encore, on est surpris par l'inégalité de l'épaisseur de la couche musculuse externe qui, en certains points, a été complètement remplacée par du tissu fibreux.

Les aspects d'hypergénèse nerveuse sont très abondants.

La séreuse est quelques fois scléreuse et surtout très riche en tissu graisseux.

6) ANGLE GAUCHE

Les lésions inflammatoires et ulcérautes sont plus accentuées, rappelant un peu ce que l'on a décrit à propos de l'angle droit.

7-8) COLON DESCENDANT

On retrouve les mêmes modifications, mais peut-être moins accentuées. La muqueuse est atrophique et prend un aspect vallonné, du fait d'un épaississement de la sous-muqueuse qui est congestive et un peu scléreuse dans les dépressions intermédiaires. On remarque l'interruption de la musculuse muqueuse, la muqueuse reposant alors directement sur la sous-muqueuse.

En certains points, la sous-muqueuse est truffée d'éléments inflammatoires mono et polynucléés.

On retrouve les faux polypes par épaississement de la sous-muqueuse et des petites érosions avec interruption de la musculuse muqueuse et l'atrophie considérable de la musculuse externe, et la multiplication tout à fait anormale des hypergénèses nerveuses situées entre les deux couches musculuses.

COMPARAISON
AVEC LES AUTRES CAS SEMBLABLES
DE LA LITTERATURE

Nous rappellerons que dans les nombreuses publications américaines le grand nombre de cas avec absence de détail précis ne nous permettra pas d'étude comparative.

Au total, seuls 4 cas de BRASSINNE et RUYTERS, et une observation de FLORENT et GUYGOU pourront être étudiés parallèlement à notre observation.

Dans les observations de BRASSINNE et RUYTERS, la rectoscopie s'est révélée normale dans tous les cas. Le lavement baryté a montré des lésions très comparables aux nôtres, localisées dans un cas au côlon droit et dans un autre aux côlons transverse et gauche.

Un seul des 4 malades a été opéré, mais aucun détail n'est donné sur l'examen anatomique de la pièce.

Dans l'observation de FLORENT et GUYGOU, la rectoscopie n'a pas été pratiquée, par refus du malade, c'est donc par l'examen radiologique qui a montré l'intégrité de l'ampoule rectale et l'atteinte du côlon transverse et descendant avec perte des haustrations, image en tuyau rigide, aspect irrégulier des bords.

Une colectomie associée à une résection de la fin du grêle, atteinte de maladie de Crohn, fut pratiquée avec anastomose iléo-colique termino-terminale.

Plus d'un an après, le malade revu se portait bien, avait pris 12 kg et était considéré comme guéri.

CONCLUSION

A propos d'une observation récente, nous avons voulu réexaminer le problème des formes extra-rectales de la rectocolite muco-hémorragique

Une revue de la littérature nous a permis de retrouver d'autres cas semblables dont la fréquence outre-atlantique est bien plus grande.

Cette discordance tient à la différence de fréquence réelle de la maladie entre l'Amérique et l'Europe, mais aussi à la différence de conception nosologique de cette entité. Nous avons pris pour cadre, dans ce travail, la définition de RACHET et BUSSON.

L'intérêt de notre observation, localisée au côlon droit, est essentiellement d'ordre diagnostique.

En effet, dans de tels cas, un des arguments diagnostiques majeurs manque : l'aspect endoscopique rectal si caractéristique.

Le diagnostic ne peut donc être que soupçonné sur plusieurs ordres de critères :

- *cliniques*, mais on sait leur peu de spécificité ;
- *radiologiques*, mais là encore les signes rencontrés n'ont pas de valeur pathognomonique.

Si bien qu'au total c'est l'*argument anatomique* qui authentifie le diagnostic.

Cet argument ne peut, malheureusement dans ces formes particulières, être obtenu que chirurgicalement.

Le problème diagnostique, dans notre observation, s'est encore compliqué par le fait que les examens radiologiques

ont révélé des aspects trompeurs et même inquiétants faisant successivement évoquer le diagnostic d'abord de polypose, puis de cancer colique. C'est devant ce doute de malignité qu'une intervention a été décidée et nous a permis l'examen anatomique.

A côté de son intérêt diagnostique, ce nouveau cas de forme extra-rectale de recto-colite muco-hémorragique présente également un intérêt d'ordre thérapeutique.

Ces formes, en effet, ont le grand avantage, lorsqu'elles deviennent chirurgicales, de permettre une anastomose termino-terminale iléo-rectale et d'éviter ainsi l'iléostomie terminale.

Toutefois, un problème important se pose : celui d'une atteinte ultérieure de l'ampoule rectale primitivement indemne. Aucun des cas de la littérature ne permet de le résoudre.

L'évolution post-opératoire rapidement fatale par incident, intercurrente chez notre malade, ne nous permettra pas de répondre à cette question.

Vu, le Doyen :
CORDIER

Vu, le Président de Thèse :
DEBRAY

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- BRASSINNE (A.) et RUYTERS (L.) (Université de Liège). — La R.C.H. Etude de 70 observations. (*Acta Gastro-Enterologica Belgica*, 1962, vol. 25, fasc. 4.)
- BACON. — Ulcerative colitis. (Philadelphie, Lippincott, 1958, 1 vol.)
- BARGEN, NEWMAN and GOUND. — Clinical study of 201 cases of regional colitis. (*Surgery Gyn. and Obst.*, 1954, 99, 563.)
- BROOKE. — Ulcerative colitis. (Edinburgh, Livingstone, 1954, 1 vol.)
- LOCKHART, MUMMERY and MASON. — Crohn disease of the large intestine and distinction from ulcerative colitis.
- VALLIN (Jacques), GAVELLE (Maurice) et DUPUY (Raymond). — Frontières des côlites ulcéreuses. (*Revue du Praticien*, 21 mars 1963, t. XIII, n° 9.)
- CROHN, YANNIS. — Regional colitis. (New York, Grece and Stratton, 1958, 1 vol.)
- DUPUY (Raymond) et THIROLOIX (Jacques). — La R.C.H. (*Feuillets du Praticien*, novembre 1962, 1, n° 220.)
- RACHET, BUSSON et DEBRAY. — Maladies de l'intestin et du péritoine.
- FLORENT (R.) et GOUYGOU (Ch.). — Association Crohn et côlite ulcéreuse. A propos d'une observation. (*Archives des Maladies de l'Appareil Digestif*, avril 1959, t. 48, n° 4.)
- WARREN, SHIEDS and SOMMERS (S.C.). — Pathology of regional ilcitis and ulcerative colitis. (*J. Am. M. Ass.*, 1954, 154.).
- CROHN (B.B.) and BERG (A.A.). — Right sided colitis. (*J. Am. M. Ass.*, 1938, 110.)

- Gastro-Enterology*, février 1961. — New frontiers in ulcerative colitis.
- Gastro-Enterology*, novembre 1961. — Ulcerative colitis.
- LONDEI (D.) and GUERNELLI (N.). — Pseudopólypsis in ulcerative colitis. (*Bull. Sci. Med.*, Bologna, 1961, 133, 1, 92-113.)
- CORNES (J.S. - Wesminer Med. Sch. London) and STECHER (M.). — Regional Enteritis, regional ileitis and ulcerative colitis. (*Gut.*, 1961, 2, 3, 189-201.)
- MOYNIHAN (B.G.A.). — The mimicry of malignant disease in the large intestine. (*Edinburgh M.J.*, 1907.)
- DELARUE (J.) et BUSSON (A.). — Les lésions histologiques de la recto-côlite muco-hémorragique. (*Gastro-Enterologia*, 1956, 86, n° 5.)
- PLACITELLI (G.). — La colita ulcerosa. (*Arch. It. Mal. App. Dig.*, 1959, 26, 181.)
- RACHET (J.), DELARUE (J.) et BUSSON (A.). — Le substratum anatomo-pathologique de la recto-côlite hémorragique. (*Presse Méd.*, 1942, 50, 663.)

